Washington State Department of Social & Health Services

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

BACKGROUND AUTHORIZATION

Просьба заполнить разборчиво печатными буквами и использовать ЧЕРНИЛА ЧЕРНОГО ЦВЕТА.

Инструкции прилагаются.

РАЗДЕЛ 1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ ДЕПАРТАМЕНТА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (DSHS), ЛИЦОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ УСЛУГИ, ЗАЯВИТЕЛЕМ, ЛИЦОМ, ИМЕЮЩИМ ЛИЦЕНЗИЮ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ, И/ИЛИ ЛИЦОМ/ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ УСЛУГИ ПО КОНТРАКТУ)

1. НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ЗАПРАШИВАЮЩЕГО ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

2. ИМЯ, ФАМИЛИЯ И ПОДПИСЬ ЛИЦА, ЗАПРАШИВАЮЩЕГО ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ, ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТНИКОМ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)
   ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ: ПОДПИСЬ:

3. ЦЕЛЬ ПРОВЕРКИ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ПО ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ (CHILDREN'S ADMINISTRATION), УПРАВЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛУГ (ECONOMIC SERVICES ADMINISTRATION, ESA), УПРАВЛЕНИЯ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ ПОЖИЛЫХ И ИНВАЛИДОВ (AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION, ADSA) И ДЕПАРТАМЕНТА DSHS ШТАТА)

УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ:
- ☐ Воспитание в приемных семьях
- ☐ Работник учреждения по уходу с проживанием или учреждения по размещению детей
- ☐ Усыновление (удочерение)
- ☐ Размещение у родственников Отделом обслуживания детей и семей (DCFS)
- ☐ Участвует в расследовании Службы защиты детей (CPS) или связан с таким расследованием

УПРАВЛЕНИЕ ESA:
- ☐ Уход за ребенком в семье
- ☐ Центр по уходу за детьми
- ☐ Центр по уходу за детьми школьного возраста
- ☐ Уход за ребенком, осуществляемый родственником на дому
- ☐ Уход за ребенком лицами, действующими вместо родителей

ТРУДОУСТРОЙСТВО ДЕПАРТАМЕНТА DSHS ШТАТА:
ДОЛЖНОСТНОЙ НОМЕР: ____**(ПРИ ОТСУТСТВИИ ДАННЫХ УКАЖИТЕ "НЕТ")**
- ☐ Постоянное назначение
- ☐ Временное назначение
- ☐ Студенческая практика
- ☐ Ознакомление с работой
- ☐ Доброволец
- ☐ Уволенный из-за отсутствия работы

УПРАВЛЕНИЕ ADSA:
- ☐ Участвует в расследовании Службы защиты взрослых (APS) или связан с таким расследованием в соответствии со Сводом пересмотренных законов штата Вашингтон RCW 74.34

4. УЧЕТНЫЙ НОМЕР ЦЕНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПРОВЕРКИ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

5. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР (ID) ДЕПАРТАМЕНТА DSHS

РАЗДЕЛ 2. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ, ПОДЛЕЖАЩИМ ПРОВЕРКЕ)

6. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (УКАЗЫВАЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ)

7. ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ) (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

8. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВАШЕ ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЕНА) (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО):

	ФАМИЛИЯ **(ПРИ ОТСУТСТВИИ УКАЖИТЕ «НЕТ»)**	ИМЯ **(ПРИ ОТСУТСТВИИ УКАЖИТЕ «НЕТ»)**	ВТОРОЕ ИМЯ **(ПРИ ОТСУТСТВИИ УКАЖИТЕ «НЕТ»)**
А. ИМЯ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:			
	(ЕСЛИ ИМЯ НЕ МЕНЯЛОСЬ, УКАЖИТЕ «ТО ЖЕ»)	(ЕСЛИ ИМЯ НЕ МЕНЯЛОСЬ, УКАЖИТЕ «ТО ЖЕ»)	(ЕСЛИ ИМЯ НЕ МЕНЯЛОСЬ, УКАЖИТЕ «ТО ЖЕ»)
В. ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ:			

9. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ДРУГИЕ ФАМИЛИИ, КОТОРЫМИ ВЫ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ **(ПРИ ОТСУТСТВИИ УКАЖИТЕ «НЕТ»)** (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО):

10. УКАЖИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ПРОЗВИЩА И ДРУГИЕ ИМЕНА, КОТОРЫМИ ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ **(ПРИ ОТСУТСТВИИ УКАЖИТЕ НЕТ)** (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО):

11. **Были ли вы осуждены за какие-либо преступления или имеются ли у вас обвинения в каком-либо преступлении, находящиеся на рассмотрении суда?** (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)..... ☐ Да ☐ Нет
    Если да, то укажите преступление, штат, в котором оно произошло, и дату приговора или состояние обвинений, выдвигаемых против вас.
    При необходимости используйте дополнительные страницы.
    Преступление: _____ Штат: ____ Дата приговора: _____ Состояние обвинения на рассмотрении суда: ..... ☐ Да ☐ Нет
    Преступление: _____ Штат: ____ Дата приговора: _____ Состояние обвинения на рассмотрении суда: ..... ☐ Да ☐ Нет

12. **Обвинялись ли вы когда-либо в сексуальном, физическом насилии, пренебрежении, в намеренном оставлении без присмотра или эксплуатации ребенка, подростка или взрослого?** (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО) ..... ☐ Да ☐ Нет

13. **Был ли когда-либо ваш контракт и/или лицензия по уходу за детьми, подростками или взрослыми отклонен, прекращен, отозван или приостановлен в действии?** (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)..... ☐ Да ☐ Нет

14. **Выдавал ли когда-либо суд распоряжение о защите от вас окружающих по причине жестокого обращения, пренебрежения, финансовой эксплуатации, домашнего насилия или намеренного оставления без присмотра с вашей стороны?** (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)... ☐ Да ☐ Нет

15. УКАЖИТЕ НОМЕР ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ЖИТЕЛЯ ШТАТА (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

(ПРИ ОТСУТСТВИИ УКАЖИТЕ «НЕТ»)	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	ВЫДАНО ШТАТОМ

16. a. Укажите количество лет или месяцев непрерывного проживания на территории штата Вашингтон (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО):
    ____ года (лет)/____ месяцев
    b. Проходили ли вы проверку отпечатков пальцев в департаменте **DSHS** в течение последних трех лет? (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО) ☐ Да ☐ Нет

17.

	АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ОКРУГ
А. НАСТОЯЩИЙ (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО):					
В. ПРЕДЫДУЩИЙ (УКАЗЫВАЕТСЯ ПО ЖЕЛАНИЮ):					

18. Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я могу преследоваться по закону за лжесвидетельство. Насколько мне известно, вышеуказанная информация является истинной и исчерпывающей. Я понимаю, что любой ложный или намеренно искаженный ответ или любое умолчание с моей стороны приведет к моей немедленной дисквалификации в качестве работника, лица, оказывающего услуги, опекуна, лица, оказывающего услуги в соответствии с лицензией, контрактом и/или в качестве индивидуального лица, имеющего разрешение на оказание услуг по уходу или в качестве индивидуального лица, имеющего безнадзорный доступ к беспомощным взрослым или детям. Настоящим я разрешаю департаменту DSHS получить информацию о моей биографии, включая, не ограничиваясь указанным, судимости, лицензии, услуги по защите детей и взрослых, документы о выдаче профессиональных лицензий из любого органа юстиции, любого органа штата или федерального органа, включая ФБР. Я понимаю, что в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством результаты этой проверки, а также любой из ранее проведенных проверок моих биографических данных при поступлении соответствующего запроса могут быть преданы публичной огласке или переданы в суд. Я понимаю, что любая неполная или нечитаемая информация может стать причиной прекращения или задержки в обработке моего заявления и что принятие меня на работу или заключение со мной соглашения зависит от успешного проведения и положительного результата проверки моих биографических данных.

19. ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)
    ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЮ НЕ ИСПОЛНИЛОСЬ 18 ЛЕТ, ТО ЗАЯВЛЕНИЕ ПОДПИСЫВАЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ ИЛИ ОПЕКУНОМ.

20. ДАТА (УКАЗЫВАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО)
    (ДЕЙСТВИТЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ ПОДПИСАНИЯ)

FOR USE BY CHILDREN'S ADMINISTRATION AND DCCEL STAFF ONLY

CAMIS files checked by _____ on date _____ ☐ No information found ☐ Information available

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ НА ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Форма должна быть заполнена в соответствии с указаниями. Другие формы не принимаются.
Наиболее часто допускаемые ошибки при подаче запроса на проведение проверки биографических данных:

- Незаполненные секции.
- Нечитаемый почерк.
- Использование неверной формы.
- Заявителю еще не исполнилось 18 лет, и на форме отсутствует подпись родителя или опекуна.
- От даты подписания формы до даты ее получения Центральным отделом проверки биографических данных прошло более трех (3) месяцев.

<u>РАЗДЕЛ 1</u>: Заполняется учреждением, подающим запрос о проведении проверки биографических данных.

1. Указывается обязательно. Укажите учреждение, подающее запрос о проведении проверки биографических данных. Таким учреждением может быть отдел департамента DSHS, учреждение по размещению детей, лицо, оказывающее услуги по контракту, лицензированное учреждение, лицо, подающее заявление на получение лицензии, лицо, оказывающее услуги, действующее по контракту учреждение, организация или дом, в котором оказываются услуги по уходу, или родитель. Обратитесь в отдел департамента DSHS, чтобы узнать, какое наименование учреждения следует указать.
2. Указывается обязательно. Лицо, подающее запрос на проверку биографических данных, должно указать свое имя и фамилию печатными буквами и должно поставить подпись.
3. Указывается обязательно **ТОЛЬКО** для Управления по защите детей (Children's Administration), Управления экономических услуг (Economic Services Administration), Управления по обслуживанию пожилых и инвалидов (Aging and Disability Services Administration, ADSA) и департамента DSHS.
4. Каждому отделу департамента DSHS и каждому учреждению, которые обязаны проводить проверку биографических данных через Центральный отдел проверки биографических данных (BCCU), присваивается учетный номер BCCU. Вы можете ознакомиться с учетными номерами BCCU на сайте в Интернете: http://www1.dshs.wa.gov/msa/bccu/index.htm. Результаты проверки биографических данных отправляются по почтовому адресу или номеру факса, связанному с учетным номером BCCU. Пожалуйста, сообщите о любых ошибках в адресе или номере факса в BCCU по электронной почте bccuinquiry@dshs.wa.gov или по телефону (360) 902-0299. Пожалуйста, укажите учетный номер BCCU в вашем письме, отправляемом по электронной почте.
5. Указывается по желанию. Многим отделам департамента DSHS необходим идентификационный номер (ID) для обеспечения согласования результатов проверки с данными клиентов департамента DSHS, лиц, имеющих лицензию на оказание услуг, лиц, оказывающих услуги по контракту, либо отделов и персонала департамента DSHS. Идентификационный номер может включать, не ограничиваясь указанным, номер социального обеспечения родителя или опекуна, идентификационный номер клиента, идентификационный номер работника департамента DSHS, идентификационный номер деятельности, которую ведет учреждение. Если вам необходимо узнать, требуется ли вам идентификационный номер, то обратитесь в отдел департамента DSHS, предоставляющий вам услуги.

<u>РАЗДЕЛ 2:</u> Заполняется заявителем (лицом, проходящим проверку). Работники департамента DSHS, принимающие участие в расследовании Службы защиты взрослых (APS) или Службы защиты детей (CPS), должны заполнять этот раздел максимально достоверно.

6. Указывается по желанию.
7. Указывается обязательно.
8. A. Указывается обязательно.
   B. Указывается обязательно. Должно содержать полное имя, данное при рождении. Укажите «ТО ЖЕ», если имя, данное при рождении, вы используете в настоящее время. Укажите «НЕТ», если при рождении вы не получили имени.
9. Указывается обязательно. Укажите «НЕТ», если вы не используете другое имя.
10. Указывается обязательно. Укажите «НЕТ», если у вас нет прозвища.
11. Указывается обязательно.
12. Указывается обязательно.
13. Указывается обязательно.
14. Указывается обязательно.
15. Указывается обязательно. Укажите «НЕТ», если у вас нет водительского удостоверения или идентификационного номера жителя штата.
16. A. Указывается обязательно. Если на протяжении последних трех (3) лет вы непрерывно проживали на территории штата Вашингтон, но имеете водительское удостоверение, выданное вам за пределами штата, то вас могут попросить направить вашу форму проверки биографических данных вместе с документами, подтверждающими ваше местожительство, в отдел по лицензированию и заключению контрактов департамента DSHS.

    Некоторые заявители, если они проживали непрерывно на протяжении последних трех (3) лет на территории штата Вашингтон, должны заполнить карту снятия отпечатков пальцев. Если вы хотите узнать, необходимо ли вам заполнять карту снятия отпечатков пальцев, то обратитесь в отдел департамента DSHS, предоставляющий вам услуги. **Форма Разрешения на проведение проверки биографических данных высылается вместе с картой снятия отпечатков пальцев.**

    B. Указывается обязательно. Если вы проходили проверку отпечатков пальцев в департаменте DSHS в течение последних трех лет (3) и не проживали вне территории штата с момента последней проверки, то департамент DSHS может использовать результат вашей последней проверки. Пожалуйста, укажите соответствующий ответ в Разделе 2I, Секция 16.
17. A. Указывается обязательно.
    B. Указывается по желанию.
18. Прочтите прежде, чем перейти к Секции 19.
19. Указывается обязательно. Если вам не исполнилось 18 лет, то заявление должно быть подписано вашим родителем или опекуном.
20. Указывается обязательно. Центральный отдел проверки биографических данных должен получить форму Разрешения на проведение проверки биографических данных не позднее трех (3) месяцев после даты ее подписания заявителем.